Aus der chirurgischen Klinik der städt. Krankenanstalten
zu Essen
Chefarzt: Professor Dr Häcker.

Beitrag zur Plastik bei stark abstehenden Ohrmuscheln

(Otopexie).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Otto Karl Weber
aus Gelsenkirchen-Schalke
(z. Zt. als Bataillonsarzt bei einem Inf.-Regt. im Felde).

Marburg.
R. Friedrich's Universitäts-Buchdruckerei, Inhaber Karl Gleiser.
1917.

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg
am 26. Oktober 1917
Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät
Referent: Geheimrat Prof. König.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556035_0079

Der Besitzer hochgradig abstehender Ohren ist nur zu oft dem Spotte seiner Mitmenschen ausgesetzt. Während fast alle anderen körperlichen Mängel — von manchen Deformitäten der Nase vielleicht noch abgesehen — im Allgemeinen eher das Gefühl des Mitleids mit dem Betreffenden bei uns hervorrufen, machen die Menschen mit solch angeborener Anomalie der Ohrmuscheln doch recht leicht eine lächerliche Figur.

Es ist daher nicht verwunderlich, wenn relativ häufig Leute mit derartigen „Eselsohren“ [1]) die Hilfe des Chirurgen in Anspruch nehmen.

Zwei Umstände sind es, die sie zu diesem Schritte veranlassen. Das ist zunächst und vor allen Dingen das leicht zu verstehende Gefühl der Beeinträchtigung im Lebensgenuß, das sich bei manchen empfindlichen Naturen bis zur psychischen Depression steigern kann.[2]).

Sodann sind es aber auch die großen Fortschritte der modernen Chirurgie, die eine gute Wundheilung verbürgende Asepsis, besonders aber auch die gefahrlose und sichere Lokalanästhesie, welche dem Laien den immerhin schwerwiegenden Entschluß, sich operieren zu lassen, erleichtern.

---

1) J. Joseph, der sich viel mit der Korrektur dieses und ähnlicher Schönheitsfehler befaßt hat, gebraucht in seinen einschlägigen Abhandlungen stets diesen Ausdruck.

2) Vgl. hierzu die Bemerkungen von J. Joseph im Handbuch der spez. Chirurgie des Ohres und der ob. Luftwege I 2 p. 128 ff.

Auf die Frage nun, ob rein kosmetische Operationen überhaupt, wenn sie nicht zugleich gesundheitlichen oder funktionellen Wert beanspruchen — wie z. B. die Korrektur von Septumdeviationen oder Otoplastik bei Verdeckung des äußeren Gehörgangs u. s. w. — berechtigt sind oder nicht, soll hier nicht näher eingegangen werden.

Läßt auch die von manchen aufgestellte Indikation der „hochgradigen Entstellung" der Subjektivität des Einzelnen weitgehenden Spielraum, so ist m. E. doch der dringende Wunsch des betr. Patienten, operiert zu werden, in solchen Fällen stets noch das Maßgebende.

Immerhin möchte ich der operativen Anheftung stark abstehender Ohrmuscheln einen mehr als rein kosmetischen Wert beimessen. Sind doch erfahrungsgemäß Ohren wie sie hier in Betracht kommen, in hohem Maße der Gefahr einer Erfrierung ausgesetzt, worauf schon die nicht seltene bläuliche Verfärbung derselben hinweist. Weiterhin zeugt auch die große Zahl meist namhafter Autoren, die sich mit diesem Thema beschäftigt haben (s. Literatur-Verzeichnis), dafür, daß die Rücklagerung hochgradig abstehender Ohren mehr als eine kosmetische Spielerei bedeutet.

Der Verfahren die zu diesem Zwecke angegeben sind, gibt es, wie gesagt, bereits eine erstaunliche Menge [1]). Sie zeigen nicht allein, daß sie verschiedenen Indikationen genügen wollen; ihre große Zahl läßt auch erkennen, daß es eine ideale Methode bisher kaum gibt.

Als ideal aber wäre wohl eine Methode zu bezeichnen, die mit der Herstellung resp. Beibehaltung normaler äußerer Form eine möglichst feste und dauerhafte Anlegung der Ohrmuschel verbindet.

---

1) Die Publikationen reichen, soweit ich die Literatur übersehe, bis in den Anfang der 80.Jahre des vorigen Jahrhunderts zurück.

Der Amerikaner Ely war der erste, der ein brauchbares operatives Verfahren zur Anlegung abstehender Ohren beschrieben hat, wenn nach Haug auch ein derartiges Verfahren schon früher von anderen amerikanischen Aerzten geübt worden war. Jedenfalls ist es ein Versehen Payrs, wenn er den Amerikaner Keen als den Urheber der Ohrenanlegung durch Haut-Knorpelexcision bezeichnet und dessen Veröffentlichung auf das Jahr 1870 (statt 1890) verlegt.

Die zahlreichen späteren Publikationen hier einzeln anzuführen und zu beschreiben, erübrigt sich wohl. Es sollen nur einige genauer besprochen und im Anschluß daran eine meines Wissens bisher nicht bekannt gegebene neue Methode der Ohrenanlegung mitgeteilt werden.

Die einfachsten Verfahren, die auf eine Annäherung der abstehenden Ohrmuschel hinzielen, beruhen auf der Excision eines meist elliptisch geformten Hautstückchens in der Ansatzlinie der Ohrmuschel mit nachfolgender Vernähung der z. T. mobilisierten Wundränder. (Kümmel, Gruber, Trendelenburg, König).

Während diese Art des Vorgehens durch Anspannung der Haut zwischen Rückfläche des Ohres und Warzenfortsatz ein Heranziehen der Muschel bezweckt, gibt es auch noch andere Verfahren die durch Hautfixation die Anlegung der abstehenden Ohrmuschel erreichen wollen (vergl. Payrs Einteilung der einschlägigen Methoden im Archiv für klinische Chirurgie Bd. 78, S. 919). Sie gehen zumeist von der Idee aus, nach Schaffung zweier einander entsprechender Wundflächen an der Hinterseite des Ohres, sowie an planum mastoideum durch deren nachfolgende Verheilung eine direkte Anheftung der Muschel an die gegenüberliegende Stelle des Schädels zu ermöglichen.

Auch das in den letzten Jahren von Ruttin angegebene Verfahren wäre hierher zu rechnen (Bildung eines bogen-

förmigen Lappens an der Hinterfläche der Ohrmuschel mit der Basis gegen den Rand derselben. Excision einer ausgedehnten Hautpartie am Warzenfortsatz, die nach hinten so weit reicht, wie die Muschel angelegt werden soll, nach vorne bis an die Basis des Lappens geht. Anlegen des vorher entsprechend gekürzten Lappens auf die Wundfläche. Naht der Wundränder.) Das Verfahren teilt jedoch, trotz der Schaffung einer breiten Anheftungsfläche, mit den anderen Methoden den Hauptnachteil, daß es bei starrem unnachgiebigem Knorpel, wie man ihn nicht selten findet, kaum verwendbar ist. Außerdem ergibt die Operation ein sicherlich unschönes Verschwinden der Kopf-Ohrfurche; die Ohren werden gewissermaßen mit ihrer Rückseite an den Schädel „angeklebt".

Ein ungleich stärkerer Effekt als durch die ebenbeschriebenen Hautexcisionsverfahren läßt sich zweifellos durch gleichzeitige Haut- und Knorpelexcisionen erreichen. Das hierher gehörige späterhin mannigfach modifizierte Vorgehen der Amerikaner Ely und Keen ist ungefähr folgendes:

Hautschnitt in der Insertionslinie der Ohrmuschel. Zweiter bogenförmiger Hautschnitt mit der Konvexität nach dem freien Rande der Ohrmuschel. Die beiden Schnitte treffen sich am oberen und unteren Ende der Kopfohrfurche. Wegpräparieren des dazwischen liegenden bikonvexen Hautstückchens. Excision eines entsprechenden, aber etwas kleineren elliptischen Knorpelstückchens. Vereinigung der Wundränder durch Naht. (Nach Ostmann einzelne Nadeln durch Haut und Knorpel, Mehrzahl nur durch die Haut).

Ein mehrfach empfohlenes und sinnreiches Verfahren stammt von Haug. H. excidiert einen sichelförmigen Hautstreifen am planum mastoideum, der nach vorn von der Insertionslinie der Ohrmuschel begrenzt ist. Von den Endpunkten dieser Sichel wird der Schnitt noch ein Stück auf die Rückfläche der Muschel weitergeführt. Unterminieren des

nach der Ohrmuschel gelegenen Wundrandes und Zurückschlagen des derart gebildeten Lappens. Incision und Frakturierung des Knorpels an geeigneten Stellen. Nach erfolgter Redression des Knorpels Vernähung der Hautwundränder.

Dieses Haug'sche Verfahren hat vor den obenbeschriebenen manchen Vorzug. Vor allem ist es auch bei kräftigem Ohrknorpel zu gebrauchen. Eine sichere und feste Fixation der Ohrmuschel in toto jedoch ist auch hiermit noch keineswegs völlig gesichert. Ebensowenig kann das der Fall sein bei einem von Eckstein angegebenen und von Wiemann befürworteten Vorgehen, bei dem die von der Natur gewissermaßen „entfaltete" Ohrmuschel mit Hilfe von Knorpelincisionen parallel dem Muschelrande wieder gefaltet werden soll. Es ist allerdings zuzugeben, daß sich durch eine derartige Knorpelfaltung bis zu einem gewissen Grade auch eine manchmal wünschenswerte Verkleinerung der Ohrmuschel bewirken läßt.

Eine ausreichende Anlegung des Ohres und vor allem eine hinreichend sichere Befestigung desselben in der gewünschten Stellung, läßt sich eben nur durch einen Eingriff erreichen, der eine feste Verbindung des Stützgerüstes der Ohrmuschel, des Ohrknorpels, mit dem planum mast. bezweckt.

Und dazu ist eine Nahtverbindung zwischen Ohrknorpel und Periost des Warzenfortsatzes unerläßlich.

Payr hat, soweit ich ersehe, diesen Weg als erster beschritten. Durch einen etwas umständlichen und das Knorpelgerüst des Ohres wenig schonenden Eingriff (der allerdings zugleich eine Verkleinerung der ganzen Ohrmuschel herbeiführen soll) präpariert er aus der Mitte des Ohrknorpels einen mehr oder weniger schmalen horizontalen Knorpelstreifen, der am Ansatz des Ohrknorpels mit diesem in Verbindung bleibt. Dann klappt er den so gebildeten Zügel herum und befestigt ihn durch Naht unter das vorher abgehebelte Periost des Warzenfortsatzes. Durch verschieden starken Zug läßt sich

der Effekt hinreichend dosieren. Zu erwähnen ist noch, daß durch eine sichelförmige auf der ersten senkrecht stehende Knorpelexcision die Ohrmuschel zugleich auch in der Breitenausdehnung verkleinert wird.

Durch diese Payr'sche Methode ist zwar eine genügende Knorpelperiostfixation, wenn auch mit schmaler Angriffsfläche, gewährleistet; aber wie gesagt, wird durch den Eingriff die Kontinuität des Knorpelstützgerüstes zu sehr unterbrochen, wodurch sich auch die Wundverhältnisse wieder ungünstiger gestalten müssen.

Ob auch die äußere Form der Ohrmuschel durch diese Art des Vorgehens nicht mehr als erwünscht leidet, mag dahingestellt bleiben. Bei Jugendlichen war nach P. das Resultat gut.

So will den Payr selbst sein Verfahren für besonders große Ohrmuscheln reserviert wissen, während er sich bei nur abstehenden Ohren mit der Bildung eines schmalen horizontalen Knorpelzügels allein begnügt.

Wie wir sehen, haften allen bisher zur Stellungsverbesserung abstehender Ohren angegebenen Operationsverfahren noch Mängel an. Es erscheint daher nicht unangebracht, im nachfolgenden eine Methode bekannt zu geben, die m. E. die oben angeführten Nachteile vermeidet. Es ist das ein von Gersuny angegebenes und von meinem hochverehrten früheren Chef Herrn Professor Dr Häcker in bislang[1]) ca. 30 Fällen ausgeführtes Verfahren, welches in seinen Einzelheiten meines Wissens bisher noch nicht in der Literatur beschrieben ist.

Das Vorgehen bei der operativen Anheftung der abstehenden Ohrmuschel war in allen Fällen folgendes:

---

1) Bis Juli 1914. (Die vorliegende Arbeit ist zu dieser Zeit entstanden).

Rasieren des Kopfhaares in einigen Zentimetern Umkreis um die Ohrmuschel herum und Vorbereitung des Operationsfeldes durch zweimalige Pinselung mit 5 %iger Jodtinktur. Dabei sind äußerer Gehörgang und Trommelfell sorgfältig durch einen vorher eingelegten Tampon zu schützen. (Welches Ohr zuerst vorgenommen wird, ist gleichgültig, da beide in einer Sitzung korrigiert werden). Nach steriler Abdeckung des Operationsgebietes Lokalanästhesie in der von Braun angegebenen Weise.

Injektion von durchschnittlich 50 ccm 1/2 %iger Novocain-Suprareninlösung (für jedes Ohr) von zwei Einstichstellen aus. Die eine liegt unterhalb des Läppchens, die andere dicht oberhalb des oberen Endpunktes der Kopfohrfurche. Subkutanes Vorschieben der Injektionskanüle nach vorn und hinten und Injektion der anästhesierenden Flüssigkeit um die ganze Ohrwurzel herum (Vorgehen mit der Kanüle in der Richtung der eingezeichneten Pfeile s. Abbildung). Von der unteren Einstichstelle geht man außerdem noch einmal längs der unteren Wand des meatus acusticus externus in die Tiefe. Schließlich Injektion einiger ccm. an Vorder- und Rückseite der Ohrmuschel zwischen Haut und Knorpel.

Nach kräftigem Erfassen des Muschelrandes zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand und Umklappen desselben (wobei der Operateur hinter dem Patienten steht) Umschneiden eines ungefähr rechteckigen Hautlappens mit abgerundeten Ecken an der Hinterfläche der Muschel (siehe Abbildung). Die Basis des Lappens, der sich ca. 1 cm vom Rande der Muschel entfernt hält, liegt an der Kopfohrfurche; seine freien Schnittenden überschreiten die Insertionslinie der Ohrmuschel um ein geringes. Sorgfältiges Abpräparieren der Haut unter Durchtrennung des Musculus auricularis posterior bis zur Lappenbasis und weiter in die Tiefe (cave meatum acusticum externum!) bis an das Periost des Warzenfortsatzes.

Umschneidung eines elliptischen Knorpelstückchens, dessen Größe ca. 1 : 3 cm beträgt, im übrigen jedoch von dem Grade des Abstehens der Ohren abhängig ist. Dabei ist darauf zu achten, daß man die vordere Knorpelhaut oder gar die vordere Hautbedeckung des Ohres nicht verletze (vergl. Abbildung).

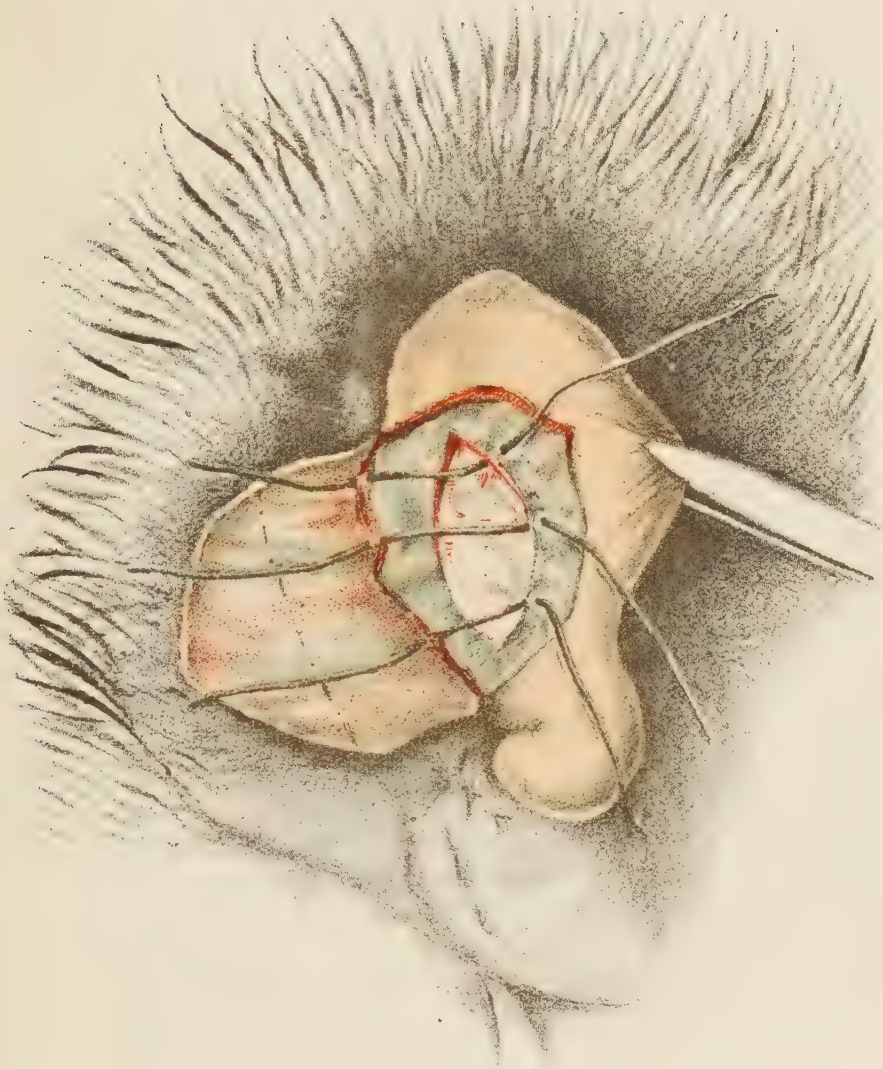
Stumpfes Auslösen des umschnittenen Knorpels mit dem Skalpellgriff, was meistens leicht möglich ist. Sonst vorsichtiges scharfes Abpräparieren. Sollte hierbei trotzdem die vordere Hautbedeckung der Ohrmuschel lädiert werden, so ist das weiter nicht von großer Bedeutung.

Durch Heranziehen des äußeren Knorpelwundrandes an das planum mastoid. vergewissert man sich jetzt, ob das excidierte Knorpelstückchen hinsichtlich Form und Größe den gestellten Anforderungen entspricht, d. h. ob die Ohrmuschel genügend und gleichmäßig dem Schädel anliegt. Ist dies der Fall, so legt man durch den äußeren Knorpelwundrand — ohne die vordere Hautbedeckung zu fassen — und durch das Schädelperiost 3 Seidenknopfnähte von mittlerer Stärke (vergl. Abbildung).

Durch verschiedenes Anlegen der Nähte läßt sich, abgesehen von der Größe der Knorpelexcision, die Wirkung immer noch weitgehend dosieren. Aber auch durch die nunmehr erfolgende Verkürzung des Hautlappens kann das Resultat je nach Bedarf noch beeinflußt werden.

Zum Schluß Naht der Hautwundränder mit dichten feinen Seidenknopfnähten. Eine in den Wundwinkeln etwa auftretende geringe Faltenbildung verschwindet bei der Wundheilung von selbst.

Die Korrektur des zweiten Ohres nimmt fast immer mehr Zeit in Anspruch als die des ersten. Denn erstens tritt nach dem langen Liegen auf dem betreffenden Ohr bei der Entlastung desselben eine oft beträchtliche reaktive Hyperämie und infolgedessen eine manchmal recht störende Blutung auf.



II. u. III. Akt

Exzision des Knorpelstückes u. Lagen der Fixationsnähte

Sodann aber hält es ganz besonders schwer, das zweite Ohr genau in die gleiche Lage zu bringen wie das erste. Ist doch auf das genaueste darauf zu achten, daß ein Ohr nicht höher steht als das andere, vor allen Dingen aber, daß beide genau den gleichen Abstand vom Schädel haben. Andernfalls wäre der Zweck des ganzen Eingriffs illusorisch, ja der erreichte Zustand vielleicht unerträglicher als vor der Operation. Außerdem ist es garnicht selten, daß das Abstehen der Ohren auf beiden Seiten von vornherein verschieden stark ausgeprägt ist, auch daß Form und Dicke des Knorpels bei derartigen Ohren variieren. Alles Dinge, die den Eingriff erheblich erschweren können.

Es ist demnach verständlich, wenn die Zeit der Operationen in den einzelnen Fällen schwankte; sie betrug meistens 1 bis $1^1/_4$ Stunde.

Der Verband bezweckt nach Bedeckung der Hautwunde mit einem schmalen Gazestreifen für die Zeit der Wundheilung eine kräftige Redression beider Ohrmuscheln, die sich am besten durch einen Heftpflasterstreifenverband über beide Ohren erreichen läßt. Darauf Polsterung der Ohrmuschel durch aufgelegte Kompressen, da sonst das Liegen auf dem operierten Ohr nicht zu ertragen ist. Tagsüber nötigenfalls Anlegen der bekannten schwarzen Ohrkompressen. Entfernen der Hautnähte nach ca. 8 Tagen.

Wie aus der obenstehenden Besprechung der bisher zur Annäherung abstehender Ohren angegebenen Verfahren hervorgeht, vereinigt die im vorstehenden veröffentlichte Methode der Ohrenanlegung [1]) die Vorteile der vorher geübten in sich, ohne deren Mängel zu teilen.

Durch einen verhältnismäßig schonenden Eingriff wird unter Schaffung einfacher Wundverhältnisse eine hinreichende

1) Professor Häcker hat dafür die Bezeichnung „Otopexie“ gewählt.

Annäherung der Ohrmuschel an den Schädel erreicht; vor allem wird aber auch durch die beschriebene Knorpelperiostligatur unter wirksamer Unterstützung des Hautlappens eine sichere und dauerhafte Fixation der Ohrmuschel, in der gewünschten Stellung gewährleistet.

Fernerhin wird auch durch die geschilderte Operationsmethode, eine wenn auch nur geringe Verkleinerung der Ohrmuschel erzielt, ein Umstand, der um so wichtiger ist, als ja vielfach die abstehenden Ohren sich gleichzeitig auch durch abnorme Größe auszeichnen.

Ein nicht zu unterschätzender Vorzug des Verfahrens besteht schließlich darin, daß Hautwunde und Knorpelwunde infolge der erwähnten Lappenbildung nicht aufeinander fallen, was einer prompten Wundheilung jedenfalls förderlich ist.

So wurden denn auch in keinem der bisher operierten Fälle die sonst so leicht eintretenden Knorpelnekrosen beobachtet: bis auf Abstoßung einer einzigen infizierten Naht stets Wundheilung per primam. Vor allen Dingen aber war in sämtlichen Fällen, wie die beigefügten Abbildungen zeigen, das kosmetische Resultat ein ausgezeichnetes. Selbst die Hautnarbe an der Hinterseite der Ohrmuscheln ist nach kurzer Zeit kaum noch sichtbar.

Was nun endlich den Zeitpunkt des vorzunehmenden Eingriffs angeht, so dürfte es im allgemeinen nicht empfehlenswert sein, zu frühzeitig zu operieren. denn einmal hat das Kind nicht so leicht das Gefühl, durch den ihm anhaftenden „Schönheitsfehler“ beeinträchtigt zu sein. Andererseits beobachtet man nicht selten eine spontane Anlegung solch abstehender Ohren im jugendlichen Alter; oder es läßt sich noch eine Korrektur mittelst der zu diesem Zweck angegebenen federnden Pelotten erreichen. Außerdem ist, abgesehen von der größeren technischen Schwierigkeit des Eingriffs an Kindern, bei zu frühzeitiger Operation niemals vorher abzusehen, ob

nicht durch die späteren Wachstumsvorgänge der kosmetische Effekt noch ungünstig beeinflußt werden kann.

Hinzufügen möchte ich, daß der Eingriff eigentlich nur indiziert ist bei männlichen Personen — die von Professor Häcker operierten waren ausnahmslos männlichen Geschlechts. — Denn während beim weiblichen Geschlecht abstehende Ohren schon sowieso seltener anzutreffen sind, besteht ja bei Frauen in der Regel auch noch die Möglichkeit, durch Anordnung der Haartracht den kosmetischen Fehler zu verdecken.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten früheren Chef

Herrn Professor Dr. Häcker

für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für das liebenswürdige Überlassen von Material und Abbildungen auch an dieser Stelle herzlichst zu danken.

Leider konnten wegen der besonderen Zeitverhältnisse die Abbildungen nicht in dem geplanten Umfange aufgenommen werden. So wurden die auf das Operationsverfahren bezüglichen Abbildungen, soweit sie nicht zum Verständnis unbedingt erforderlich waren, weggelassen. Die Abbildungen operierter Fälle wurden auf 1 Beispiel beschränkt.

Literatur.

1. Beck, Krankheiten des Gehörganges. p. 108 (Heterotopie) (cit. bei J. Joseph im Handb. der spez. Chir. des Ohres und der ob. Luftwege Bd. I 2).
2. Cocheril. De la restauration du pavillon de l'oreille (Revue de laryugol. 1895 No. 3 u. 4).
3. Eckstein, Ohrmuschelfaltung zur Beseitigung des Abstehens der Ohren. (Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chir. XLI. Kongr. 1912).
4. Ely, Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XI. 1882.
5. Ely, Eine Operation zur Verbesserung der Stellung abstehender Ohrmuscheln. (Übersetzung aus Archiv für Ohrenheilk. Bd. 21. 1884. p. 92).
6. Gradenigo, Über die Formanomalien der Ohrmuscheln. (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 32 u. 33. 1891/92 p. 7 u. 8).
7. Gruber, Lehrbuch S. 254 (cit. bei Haug).
8. Haug, Rücklagerung hochgradig abstehender Ohren. (Deutsche med. Wochenschr. 1894 p. 776).
9. Hüter, cit. bei J. Joseph (nach Payr).
10. J. Joseph, Eselsohren (Verhandl. der Berl. Med. Gesellsch. 1896 I p. 206).
11. J. Joseph, Ohrenverkleinerung und Ohrenanlegung. (Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chir. (31. Kongr. 1902).

12. Keen, New method of operating for relief of deformity from prominent ears. Annuals of surgery 1890. Vol. XI. p. 49—51).
13. König, Lehrbuch der spez. Chirurgie.
14. Morks, Operations for correcting the deformity due to prominent ears. (Botton med. and surg. journ. 1891 Jan. p. 84).
15. Ostmann, cit. im Handb. d. spez. Chir. des Ohres und der ob. Luftwege II, 1. Lieferung p. 8 1912.
16. Payr, Plastische Operationen an den Ohren. (Langenbecks Archiv Bd. XXVIII 1906, p. 9181.
17. Roosa, Lehrbuch der prakt. Ohrenheilk. 1889 New-York p. 37. (Deutsche Übersetzung von Weiß).
18. Ruttin, cit. im Handb. der spez. Chir. des Ohres und der ob. Luftwege II. 1. Lieferung p. 9 1912.
19. Stetter, Archives of Otologie. New-York 1881. Vol. X. p. 97.
20. Stetter, Zur operativen Beseitigung angeborener Ohrmißbildungen. (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XXI u. XXXIX (nach Payr.)
21. Trendelenburg, Verletzungen und chir. Krankheiten des Gesichts (cit. bei Payr.)
22. Wiemann, Knorpelfaltung bei abstehenden Ohren und Othämatom, (Deutsche Med. Wochenschr. 1913, Nr. 18).

Lebenslauf.

Geboren am 11. September 1887 zu Gelsenkirchen-Schalke als Sohn des Rektors August Weber und dessen Ehefrau Auguste geb. Wolf besuchte ich, Otto Karl Weber die Volksschule und das Gymnasium meines Heimatsortes. Ostern 1908 bestand ich dort die Reifeprüfung. Im Sommer-Semester 1908 bezog ich die Universität Jena, um Medizin zu studieren. Nachdem ich dann S.-S. 1909 und W.-S. 1909/10 in Münster studiert hatte, bestand ich Ende S.-S. 1910 in Jena die ärztliche Vorprüfung. Meine klinischen Studien begann ich während meiner aktiven Militärzeit in Marburg (Kurhess. Jäger-Batl. 11) im W.-S. 1910/11 und setzte sie im S.-S. 1911 in München fort. Zum S.-S. 1912 kehrte ich wiederum nach Jena zurück, wo ich dann am 3. Juni 1913 die Staatsprüfung bestand. Vom 1. September 1913 ab war ich als Medizinalpraktikant an den Städtischen Krankenanstalten Essen (Ruhr) tätig, und zwar bei Professor Pfeiffer (Innere Medizin), bei Professor Häcker (Chirurgie) und bei Professor Bering (Haut- und Geschlechtskrankheiten). Meine Approbation als Arzt datiert vom 1. August 1914. Am dritten Mobilmachungstag rückte ich als Unterarzt ins Feld. Am 27. Januar 1915 Beförderung zum Assistenzarzt d. R., am 23. 4. 17 Beförderung zum Oberarzt d. R.

Meine akademischen Lehrer waren die Professoren:

Amann, v. Angerer, Ballowitz, Berger, Binswanger, Borst, Brünings Döderlein, v. Eggeling, Gärtner, v. Gruber, Häckel, Henkel, Kionka, Knorr, Lexer, Lommel, Maurer, v. Müller, v. Pfaundler, Plate, Posselt, Rosemann, Rößle, Schmincke, Schulz, Stahl, Stintzing, Stock, Winkelmann, Wittmaack.